

**CERTIFICAT MEDICAL
CYCLOSPORTIVES**

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné M., Mme, Mlle :

Et n’ avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique et l’entraînement du cyclisme en compétition.

Fait à **Le**

Cachet et signature du médecin